

11 例肺下叶基底段结核误诊分析

朱同刚¹, 刘 芬¹, 李 斌¹

痰菌阳性或发生在两肺上叶尖后段和下叶背段, 有典型症状和影像学表现的菌阴肺结核易于确定诊断。肺下叶基底段结核较为少见, 由于临床表现不够典型, X线影像比较隐蔽, 痰菌检查阳性率不高等原因, 常导致漏诊或误诊为其他肺部疾患。我们总结 11 例肺下叶基底段结核的临床资料, 着重探讨误诊原因和诊断方法, 藉以交流经验, 提高临床诊断水平。

临床资料

一、一般资料:

本组 11 例肺下叶基底段结核系根据后前位胸片结合侧位胸片或胸部 CT 扫描, 病灶位于一侧或双侧肺下叶基底段, 其余肺野完全清晰, 经抗结核化疗, 符合结核病演变过程。11 例肺下叶基底段结核

占同期肺结核的 2.9%, 男性 5 例, 女性 6 例, 年龄 19~57 岁, 中位年龄 42 岁, 40 岁以上占 72.7%。11 例中发热 5 例, 咳嗽 7 例, 咯痰 5 例, 咯血 3 例, 盗汗 1 例, 胸痛 1 例。WBC 增高或正常值上限 5 例, ESR 增快 7 例, 其中 5 例 $>45\text{mm}/1\text{h}$ 。痰菌阳性 3 例, PPD 试验阳性 8 例, 其中强阳性 3 例。

二、影像学特征:

11 例均摄正位胸片, 4 例摄侧位胸片, 8 例行胸部 CT 扫描检查。病灶位于右肺下叶基底段 6 例, 左肺下叶基底段 3 例, 双肺下叶基底段 2 例。病灶位于下叶内基底段 6 例, 前基底段 1 例, 后基底段 6 例。伴有厚壁空洞 1 例, 内径约 2cm, 可见液平。2 例咯血病人胸片未见肺内病灶, 后经 CT 扫描发现。主要影像学表现大致可分为四种类型: 肺炎型、肺脓

肿型、团块型和支气管播散型。

三、误诊情况:

本组 11 例中误诊为肺炎 7 例,肺脓肿 1 例,肺癌 2 例,支气管扩张 1 例。误诊时间 16 天~27 个月,其中 16~30 天 2 例,31~60 天 5 例,61~90 天 1 例,91~120 天 2 例,27 个月 1 例。

讨 论

一、误诊原因分析:

一般认为肺结核好发于两肺上部,两肺下叶少见,肺下叶基底段更少见^[1]。肺下叶基底段结核与病毒性肺炎、支原体肺炎和 Löffler 氏综合征难以区分,结核球则与肿瘤难以鉴别,早期极易误诊。本组 11 例均误诊,考虑原因如下:(1)肺下叶基底段不是结核的好发部位,医生对本病缺乏足够认识,因而缺乏警惕性;(2)多数病人结核中毒症状和呼吸道症状很不典型,缺乏特异性;(3)询问病史不仔细,临床检查不全面,如临床医师对咯血病人幼年时期的咳嗽、咯痰史很少仔细询问;对以呼吸道症状为主的病人往往只注重查血象和摄正位胸片,而忽视反复查痰找抗酸杆菌、ESR、PPD 试验和摄侧位胸片;(4)X 线表现不典型,形态不特异,病变性质及结构较复杂,均增加了 X 线诊断的困难,如片絮状渗出性病灶误诊为肺炎,伴有空洞者误诊为肺脓肿,主要原因是肺下叶基底段是肺炎的好发部位^[2]。

二、减少误诊,提高诊断水平的几点体会:

1. 高度重视:当患者有结核中毒症状和呼吸道症状、WBC 正常范围、ESR 增快、PPD 试验阳性、X 线表现为肺下叶基底段浸润阴影,首先要考虑肺下叶基底段结核,应反复查痰找抗酸杆菌。当肺下叶基底段出现炎性渗出阴影,抗生素正规治疗 2 周无效时;当肺下叶基底段发现空洞或球形病灶,其周围有播散病灶或卫星灶时;当临床症状较轻,与 X 线表现不成比例时,都要想到本病,要立即查痰找抗酸杆菌。患者留痰夜间最好取健侧卧位,以利痰液引流,要晨起留深部痰,痰量不易太少,连续检查三次以上,同时要提高痰检技术。PPD 试验应列为常规。老年患者、营养状况不佳和淋巴细胞免疫功能低下的肺下叶基底段有阴影的病人,PPD 试验阴性时,不要轻易否定结核病的诊断。

2. 短期复查:临床上有些肺下叶基底段结核的早期与肺部炎症如支原体肺炎、病毒性肺炎和 Löffler 氏综合征等病往往表现为异病同症,X 线影像学则表现为异病同影,两者鉴别极为困难。若拟诊为非结核性

炎症,经正规抗炎和(或)抗过敏治疗,症状逐渐减轻,病灶可在 2 周内吸收,如在 1~2 周内予以摄片或透视,病灶无变化甚至扩大,要立即想到肺下叶基底段结核,应做进一步检查,如反复查痰找抗酸杆菌、PPD 试验和 CT 扫描等,以利尽早确诊。

3. CT 扫描:肺部 CT 为胸部横截扫描,无其他器官阴影遮盖,亦无伪影,对组织有较强的分辨力,能更清楚地显示病灶本身的特征,如病灶的形态、大小、密度、边缘、是否分叶、有无卫星灶、支气管是否通畅、淋巴结引流情况、CT 值以及病变与周围组织的关系等,这些均有助于鉴别诊断。当常规检查不能明确诊断时,应当给予 CT 扫描。本组 2 例咯血病人胸片未见浸润阴影,经 CT 扫描发现 1 例两下肺内基底段斑片状阴影、1 例为右下肺后基底段结节状阴影,给予抗结核化疗,咯血停止,病灶显著吸收。1 例随访 8 年、1 例随访 3 年,均未复发。

4. 纤维支气管镜(FOB)检查:对胸片不典型的肺下叶基底段结核和肺下叶基底段有不张或孤立性块影者,应及时进行 FOB 检查,以尽快明确诊断。FOB 检查可直视支气管管腔的情况,又可经支气管肺活检(TBLB)、刷检和支气管肺泡灌洗(BAL)等细胞学和细菌学检查,以确定病变的性质。FOB 刷检的阳性率明显高于活检,FOB 术后痰检阳性率亦明显高于活检^[3]。

5. 经皮肺穿刺活检:经皮肺穿刺活检是一种简便、安全及有效的方法,诊断阳性率达 89.6%^[4]。经皮肺穿刺活检创伤小、不受设备条件的限制。一般肺结核病例不常规作经皮肺穿刺活检,对肺下叶基底段病变贴近胸膜或病变与胸膜粘连,高度怀疑肺癌的病例或一般常规检查方法(胸片、痰检、内窥镜等)多次检查仍不能确诊的病例,可在 X 线、B 超或 CT 引导下进行经皮肺穿刺活检。

6. 诊断性化疗:对高度怀疑肺下叶基底段结核的病例可在严密监督下给予诊断性抗结核化疗,要四联用药,剂量要足,一般 2~4 周内临床症状改善,病情趋于好转。

参考文献:

- [1] Chang SC, Lee PY, Perng RP. Lower lung field tuberculosis[J]. Chest, 1987, 91(2): 230-232.
- [2] 朱同刚,陈锡林,杨启沅. 肺下叶结核 87 例临床分析[J]. 临床荟萃, 1994, 9(12): 538~539.
- [3] 王 蓉,刘昌起. 第一届全国纤维支气管镜学术会议纪要[J]. 中华结核和呼吸杂志, 1994, 17(6): 326~328.
- [4] 裴广廷,郑和情,沈德义,等. 经胸壁穿刺活检对诊断胸部疾病的价值[J]. 中华结核和呼吸杂志, 1981, 4(3): 129~130.